

# ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА (ПКР) ПРИ ВНУТРИВЕНОЗНОМ РАСПРОСТРАНЕНИИ ОПУХОЛИ

В.Н. Лесовой<sup>1, 2</sup>, Д.В. Шукин<sup>1, 2</sup>, Н.Н. Поляков<sup>2</sup>, И.А. Гарагатый<sup>1, 2</sup>,  
И.М. Антонян<sup>3</sup>, Г.Г. Хареба<sup>1, 2</sup>, А.И. Зеленский<sup>3</sup>, П.В. Мозжаков<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Харьковский национальный медицинский университет

<sup>2</sup> КУОЗ «Областной центр урологии и нефрологии им. В.И. Шановала»

<sup>3</sup> Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Введение.** Внутривенное распространение ПКР может являться одной из основных причин локального рецидива после органосохраняющей хирургии почечных новообразований. Мы провели ретроспективную оценку результатов открытых органосохраняющих хирургических вмешательств у 27 пациентов с ПКР, у которых во время операции или при финальном патоморфологическом исследовании было обнаружено внутривенное распространение опухоли.

**Материалы и методы исследования.** Группа императивных показаний включала 11 (40,7%) больных, элективных — 16 (59,3%). Абсолютные императивные показания зафиксированы у 7 (25,9%) пациентов (единственная почка — 6, двусторонние опухоли — 1). Размеры почечной опухоли варьировали от 28 мм до 125 мм и составляли в среднем 61,0 мм. Инвазия в жир имела место в 6 случаях (22,2%), в полостную систему почки — в 7 (25,9%). До операции внутривенное распространение новообразования заподозрено у 5 (18,5%) пациентов, выявлено при операции у 19 (70,4%) и при финальном патоморфологическом исследовании у 3 (11,1%). Внутривенная часть опухоли проникала в сегментарную вену у 16 (59,3%) больных, в полярную вену — у 4 (14,8%), в начальный отдел почечной вены — у 5 (18,5%), в основной ствол почечной вены — у 1 (3,7%) и в каворенальный отдел НПВ — у 1 (3,7%). В 23 (85,2%) наблюдениях зафиксирована инвазия одной сегментарной вены, в 3 (11,1%) — двух вен и в 1 (3,7%) — трех вен. Средняя длина опухолевых тромбов составляла 9,9 мм (3–45 мм), а ширина 4,9 мм (2–23 мм). Опухолевые тромбы классифицировали как интравенальные и экстравенальные. Соот-

ветственно этому принципу оперативные вмешательства разделяли на стандартную энуклеорезекцию (20%), интравенальную (68%) и экстравенальную тромбэктомию (12%). У одного больного использовалась гипотермическая перфузия почки *in situ*. Еще у одной пациентки была выполнена экстракорпоральная резекция с аутотрансплантацией почки. Отдаленные результаты прослежены у 19 пациентов. Период наблюдения составлял в среднем 30,4 мес.

**Результаты.** Время тепловой ишемии варьировало от 10 до 24 мин. и составляло в среднем 14,9 мин. Объем кровопотери в среднем не превышал 512 мл (от 250 до 2500 мл). Вскрытие полостной системы почки имело место в 18 (72%) случаях. Ранние послеоперационные осложнения отмечались у 4 (14,8%) пациентов (тромбоз почечной артерии единственной почки у 1 больного, паранефральная гематома — у 2, отек головного мозга — у 1). Периоперационная летальность имела место в 2 (7,4%) наблюдениях. У 2 (7,4%) пациентов через 3 месяца после операции выявлено сморщивание оперированной почки. Отдаленные метастазы зафиксированы у 3 (15,8%) больных в среднем через 17,3 месяца. Один из них умер через 18 месяцев после операции. Локальных рецидивов опухоли в остатке почки после органосохраняющей операции не было обнаружено ни в одном из наблюдений.

**Вывод.** Органосохраняющая хирургия может использоваться для лечения пациентов с опухолью почки и неопластическим венозным тромбозом. Необходимо дальнейшее проспективное исследование для разработки показаний к данному хирургическому подходу.

## Адреса для листування

Д.В. Шукин

E-mail: urology.edu.ua@gmail.com